

CÁC BỘ**LIÊN BỘ****Y TẾ - TÀI CHÍNH****BỘ Y TẾ - BỘ TÀI CHÍNH****CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 21/2005/TTLT-BYT-BTC

Hà Nội, ngày 27 tháng 7 năm 2005

THÔNG TƯ LIÊN TỊCH**Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế bắt buộc**

Căn cứ Điều lệ Bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16 tháng 5 năm 2005 của Chính phủ;

Liên Bộ Y tế và Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế (BHYT) bắt buộc như sau:

Phần I

ĐỐI TƯỢNG, MỨC ĐÓNG, TRÁCH NHIỆM VÀ PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ

I. ĐỐI TƯỢNG, MỨC ĐÓNG, TRÁCH NHIỆM VÀ PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ

Đối tượng tham gia BHYT bắt buộc, mức đóng, trách nhiệm và phương thức

đóng phí bảo hiểm y tế được áp dụng cụ thể như sau:

1. Người lao động Việt Nam (sau đây gọi tắt là người lao động) làm việc theo hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên và hợp đồng lao động không xác định thời hạn trong các doanh nghiệp, các cơ quan, tổ chức sau:

a) Doanh nghiệp thành lập, hoạt động theo Luật Doanh nghiệp nhà nước, bao gồm: doanh nghiệp hoạt động sản xuất, kinh doanh, doanh nghiệp hoạt động công ích, doanh nghiệp thuộc lực lượng vũ trang;

b) Doanh nghiệp thành lập, hoạt động theo Luật Doanh nghiệp, bao gồm: công ty trách nhiệm hữu hạn, công ty cổ phần, công ty hợp danh, doanh nghiệp tư nhân;

c) Doanh nghiệp thành lập, hoạt động theo Luật Đầu tư nước ngoài tại Việt Nam, bao gồm: doanh nghiệp liên doanh, doanh nghiệp 100% vốn đầu tư nước ngoài;

d) Doanh nghiệp thuộc các ngành nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp;

đ) Hợp tác xã được thành lập và hoạt động theo Luật Hợp tác xã;

e) Doanh nghiệp của các tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội;

g) Các cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp, lực lượng vũ trang, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị - xã hội nghề nghiệp, tổ chức xã hội nghề nghiệp, tổ chức xã hội khác (kể cả các tổ chức, đơn vị được phép hoạt động sản xuất, kinh doanh, dịch vụ thuộc cơ quan Đảng, Đoàn thể, Hội quần chúng tự trang trải về tài chính);

h) Trạm y tế xã, phường, thị trấn;

i) Các trường giáo dục mầm non công lập;

k) Cơ quan, tổ chức nước ngoài hoặc tổ chức quốc tế tại Việt Nam, trừ trường hợp Điều ước quốc tế, Hiệp định đa phương, song phương mà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam ký kết hoặc tham gia có quy định khác;

l) Cơ sở bán công, dân lập, tư nhân thuộc các ngành văn hóa, y tế, giáo dục,

đào tạo, khoa học, thể dục thể thao và các ngành sự nghiệp khác;

m) Các tổ chức khác có sử dụng lao động được thành lập và hoạt động hợp pháp;

Người lao động quy định tại khoản 1 trên đây nếu làm việc theo hợp đồng lao động có thời hạn dưới 3 tháng, khi hết hạn hợp đồng lao động mà vẫn tiếp tục làm việc hoặc giao kết hợp đồng lao động mới với người sử dụng lao động thì phải tham gia BHYT bắt buộc.

Các đối tượng quy định tại khoản 1 trên đây mức đóng BHYT hàng tháng bằng 3% tiền lương theo ngạch bậc, chức vụ, tiền công hàng tháng ghi trong hợp đồng lao động và các khoản phụ cấp chức vụ lãnh đạo, phụ cấp thâm niên nghề, thâm niên vượt khung, phụ cấp khu vực và hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có), trong đó, cơ quan, đơn vị, tổ chức, doanh nghiệp (sau đây gọi chung là người sử dụng lao động) đóng 2%; người lao động đóng 1%.

Người sử dụng lao động có trách nhiệm trích tiền đóng BHYT thuộc trách nhiệm của mình và thu tiền đóng BHYT của người lao động theo tỷ lệ quy định để nộp cho cơ quan bảo hiểm xã hội (BHXH) theo định kỳ hàng tháng.

Nhà nước khuyến khích người sử dụng lao động trong các doanh nghiệp đóng toàn bộ phí BHYT cho người lao động.

Trong trường hợp này, phí BHYT cho người lao động doanh nghiệp được hạch toán 2% vào chi phí sản xuất và 1% từ quỹ của doanh nghiệp.

2. Cán bộ, công chức, viên chức theo Pháp lệnh cán bộ, công chức: mức đóng BHYT hàng tháng bằng 3% tiền lương theo ngạch bậc, chức vụ và các khoản phụ cấp chức vụ lãnh đạo, phụ cấp thâm niên nghề, thâm niên vượt khung, phụ cấp khu vực và hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có), trong đó, cơ quan quản lý cán bộ, công chức, viên chức có trách nhiệm đóng 2%; cán bộ, công chức, viên chức đóng 1%.

Cơ quan quản lý cán bộ, công chức, viên chức có trách nhiệm trích tiền đóng BHYT và thu tiền đóng BHYT của cán bộ, công chức, viên chức theo tỷ lệ quy định để nộp cho cơ quan BHXH theo định kỳ hàng tháng.

Tiền lương, tiền công và các khoản phụ cấp để đóng BHYT cho đối tượng quy định tại khoản 1 và khoản 2 trên đây thống nhất với tiền lương, tiền công và các khoản phụ cấp để đóng BHXH.

3. Người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hàng tháng: mức đóng BHYT hàng tháng bằng 3% tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động. Cơ quan BHXH lập danh sách và đóng cả 3%.

4. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp BHXH hàng

tháng theo quy định tại Nghị định số 09/1998/NĐ-CP ngày 23/01/1998 của Chính phủ, người đang hưởng trợ cấp BHXH theo Quyết định số 91/2000/QĐ-TTg ngày 04/8/2000 của Thủ tướng Chính phủ, người đang hưởng trợ cấp tai nạn lao động - bệnh nghề nghiệp hàng tháng, không thuộc đối tượng tham gia BHYT khác; công nhân cao su nghỉ việc đang hưởng trợ cấp BHXH hàng tháng: mức đóng BHYT hàng tháng bằng 3% tiền lương tối thiểu chung. Cơ quan BHXH lập danh sách và đóng cả 3%.

Ngân sách nhà nước đảm bảo nguồn kinh phí đóng BHYT cho các đối tượng nghỉ việc hưởng lương hưu, trợ cấp BHXH trước ngày 01/10/1995. Quỹ BHXH đảm bảo nguồn kinh phí đóng BHYT cho các đối tượng nghỉ việc hưởng lương hưu, trợ cấp BHXH từ ngày 01/10/1995 trở đi.

5. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân đương nhiệm các cấp, không thuộc biên chế nhà nước và biên chế của các tổ chức chính trị - xã hội hoặc không hưởng chế độ BHXH hàng tháng không thuộc đối tượng tham gia BHYT bắt buộc khác: mức đóng BHYT hàng tháng bằng 3% tiền lương tối thiểu chung. Hội đồng nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương lập danh sách và đóng phí BHYT cho Đại biểu Quốc hội thuộc Đoàn đại biểu Quốc hội của địa phương. Hội đồng nhân dân từng cấp có trách nhiệm lập danh sách và đóng phí BHYT cho Đại biểu Hội đồng nhân dân của cấp

đó. Ngân sách nhà nước đảm bảo nguồn kinh phí đóng BHYT cho đối tượng này theo phân cấp ngân sách nhà nước hiện hành.

6. Người có công với cách mạng đang hưởng trợ cấp ưu đãi xã hội hàng tháng theo quy định, không thuộc diện tham gia BHYT bắt buộc quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4 và 5 trên đây, gồm:

a) Người hoạt động cách mạng trước tháng Tám năm 1945;

b) Vợ (hoặc chồng), bố mẹ đẻ, con của liệt sĩ, người có công nuôi liệt sĩ;

c) Anh hùng lực lượng vũ trang, Anh hùng lao động, Bà mẹ Việt Nam anh hùng;

d) Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh bị mất sức lao động do thương tật từ 21% trở lên, kể cả thương binh loại B được xác nhận từ 31/12/1993 trở về trước;

đ) Người hoạt động cách mạng hoặc hoạt động kháng chiến bị địch bắt tù, đày có giấy chứng nhận theo quy định;

e) Bệnh binh bị mất sức lao động do bệnh tật từ 61% trở lên, kể cả bệnh binh hạng 3 bị mất sức lao động từ 41% đến 60% được xác nhận từ 31 tháng 12 năm 1994 trở về trước;

g) Người có công giúp đỡ cách mạng;

h) Người được hưởng trợ cấp phục vụ

và con thứ nhất, thứ hai dưới 18 tuổi của thương binh, bệnh binh bị mất sức lao động từ 81% trở lên;

i) Các đối tượng khác theo quy định của pháp luật.

Mức đóng BHYT hàng tháng của các đối tượng nêu trên bằng 3% tiền lương tối thiểu chung. Cơ quan Lao động - Thương binh và Xã hội lập danh sách và đóng cả 3% từ nguồn ngân sách nhà nước.

7. Người tham gia kháng chiến và con đẻ của họ bị nhiễm chất độc hóa học do Mỹ sử dụng trong chiến tranh ở Việt Nam đang hưởng trợ cấp hàng tháng: mức đóng BHYT hàng tháng bằng 3% tiền lương tối thiểu chung. Cơ quan Lao động - Thương binh và Xã hội lập danh sách và đóng cả 3% từ nguồn ngân sách nhà nước.

8. Cán bộ xã già yếu nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hàng tháng theo quy định tại Quyết định số 130/CP ngày 20/6/1975 của Hội đồng Chính phủ (nay là Chính phủ) và Quyết định số 111/HĐBT ngày 13/10/1981 của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ): mức đóng BHYT hàng tháng bằng 3% tiền lương tối thiểu chung từ nguồn ngân sách xã, phường, thị trấn (sau đây gọi chung là ngân sách xã). Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn nơi đối tượng hưởng trợ cấp lập danh sách, đăng ký với cơ quan BHXH và đóng cả 3%.

9. Thân nhân sỹ quan Quân đội nhân dân đang tại ngũ; thân nhân sỹ quan nghiệp vụ đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân, không thuộc diện tham gia BHYT bắt buộc khác, bao gồm:

a) Bố đẻ, mẹ đẻ của sỹ quan; bố đẻ, mẹ đẻ của vợ hoặc chồng sỹ quan;

b) Bố nuôi, mẹ nuôi, hoặc người nuôi dưỡng hợp pháp của sỹ quan, của vợ hoặc chồng sỹ quan;

c) Vợ hoặc chồng của sỹ quan;

d) Con đẻ, con nuôi hợp pháp của sỹ quan dưới 18 tuổi; con đẻ, con nuôi hợp pháp của sỹ quan đủ 18 tuổi trở lên nhưng bị tàn tật mất khả năng lao động theo quy định của pháp luật.

Mức đóng BHYT hàng tháng của thân nhân sỹ quan bằng 3% tiền lương tối thiểu chung. Bộ Quốc phòng, Bộ Công an (sau khi thống nhất với Bộ Y tế, Bộ Tài chính) hướng dẫn về trách nhiệm, phương thức đóng BHYT cho đối tượng này.

10. Các đối tượng bảo trợ xã hội: mức đóng BHYT hàng tháng bằng 3% tiền lương tối thiểu chung.

- Ủy ban nhân dân xã lập danh sách và đóng cả 3% cho đối tượng bảo trợ xã hội hưởng trợ cấp hàng tháng đang sống tại cộng đồng từ nguồn ngân sách xã.

- Trung tâm nuôi dưỡng, trung tâm bảo trợ xã hội lập danh sách và đóng cả

3% cho đối tượng đang sống tại trung tâm từ nguồn ngân sách nhà nước cấp cho trung tâm.

11. Người cao tuổi từ 90 tuổi trở lên và người cao tuổi tàn tật không nơi nương tựa được trợ cấp hàng tháng tại cộng đồng hoặc được nuôi dưỡng tại các cơ sở nuôi dưỡng tập trung (không thuộc đối tượng BHYT bắt buộc khác): mức đóng BHYT tạm thời là 50.000 đồng/người/năm.

- Ủy ban nhân dân xã lập danh sách và đóng phí BHYT theo quy định cho đối tượng cư trú tại xã từ nguồn ngân sách xã.

- Cơ sở nuôi dưỡng lập danh sách và đóng BHYT cho đối tượng được nuôi dưỡng tại cơ sở từ nguồn ngân sách nhà nước cấp cho cơ sở đó.

12. Các đối tượng được hưởng chế độ khám, chữa bệnh (KCB) cho người nghèo. Mức đóng BHYT tạm thời là 50.000 đồng/người/năm. Cơ quan Lao động - Thương binh và Xã hội lập danh sách và mua BHYT cho đối tượng này từ nguồn ngân sách nhà nước.

13. Cựu chiến binh thời kỳ chống Pháp, chống Mỹ, ngoài các đối tượng đã tham gia BHYT bắt buộc theo quy định trên, bao gồm quân nhân, công nhân viên quốc phòng đã chiến đấu và phục vụ chiến đấu trong các đơn vị thuộc Quân đội nhân dân Việt Nam từ ngày 30/4/1975

trở về trước: mức đóng BHYT hàng tháng bằng 3% tiền lương tối thiểu chung do ngân sách nhà nước đảm bảo. Hội cựu chiến binh nơi đối tượng cư trú lập danh sách gửi Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn để gửi Hội cựu chiến binh cấp huyện. Hội cựu chiến binh cấp huyện tổng hợp để trình Hội cựu chiến binh cấp tỉnh phê duyệt và báo cáo Ủy ban nhân dân cấp tỉnh bố trí ngân sách theo phân cấp ngân sách hiện hành.

14. Lưu học sinh nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được nhà nước Việt Nam cấp học bổng: mức đóng BHYT bằng 3% suất học bổng hàng tháng, do cơ quan cấp học bổng lập danh sách và đóng cả 3%.

II. CẤP PHÁT, QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

1. Thẻ BHYT do cơ quan BHXH cấp cho người tham gia BHYT, xác định người đứng tên được hưởng quyền lợi về BHYT trong thời hạn ghi trên thẻ. Thẻ BHYT do BHXH Việt Nam ban hành và thống nhất quản lý trên phạm vi cả nước.

2. Mỗi người tham gia BHYT theo hình thức bắt buộc chỉ được cấp một thẻ BHYT duy nhất. Trường hợp một người thuộc hai hay nhiều diện tham gia BHYT bắt buộc thì lựa chọn một diện đối tượng theo thứ tự từ trên xuống quy định tại Mục I, Phần I Thông tư này, quyền lợi

BHYT được hưởng theo nhóm đối tượng có quyền lợi cao nhất. Cơ quan, đơn vị, tổ chức lập danh sách đối tượng và cơ quan BHXH có trách nhiệm rà soát không để trùng lặp đối tượng.

3. Thẻ BHYT có giá trị sử dụng ngay và liên tục kể từ khi đóng BHYT theo đúng quy định. Để đảm bảo cho thẻ BHYT có giá trị liên tục, cơ quan, đơn vị, tổ chức, người sử dụng lao động có trách nhiệm thực hiện đăng ký gia hạn thẻ BHYT, thông báo sự biến động của đối tượng do mình quản lý với cơ quan BHXH. Việc cấp thẻ, thay thẻ, đổi thẻ của cơ quan BHXH phải đảm bảo tính liên tục, kịp thời, không làm ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia BHYT.

4. Thẻ BHYT không có giá trị sử dụng trong các trường hợp sau:

- a) Thẻ không phải do cơ quan BHXH ban hành;
- b) Hết giá trị sử dụng ghi trên thẻ;
- c) Thẻ bị sửa chữa, tẩy, xóa, rách rời...
- d) Người có tên trên thẻ đã chết hoặc đang bị tù giam;
- đ) Sử dụng thẻ BHYT của người khác để khám, chữa bệnh.

5. Cơ quan, đơn vị, tổ chức, người sử dụng lao động có trách nhiệm nhận thẻ BHYT do cơ quan BHXH cấp để giao kịp thời cho các đối tượng do mình quản lý. Trường hợp bị mất thẻ BHYT cần báo

ngay cho cơ quan BHXH nơi cấp thẻ để được xét cấp lại nếu có lý do chính đáng.

6. BHXH Việt Nam hướng dẫn cụ thể việc cấp phát thẻ BHYT cho các đối tượng đảm bảo nhanh chóng, thuận tiện và chính xác.

Phần II

PHẠM VI QUYỀN LỢI CỦA NGƯỜI CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

I. QUYỀN LỢI CỦA NGƯỜI CÓ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

1. Người có thẻ BHYT bắt buộc còn giá trị sử dụng khi khám chữa bệnh (KCB) ngoại trú và nội trú ở các cơ sở KCB công lập và ngoài công lập có hợp đồng với cơ quan BHXH về KCB cho người có thẻ BHYT (sau đây viết tắt là cơ sở KCB BHYT) được hưởng quyền lợi:

a) Khám bệnh, chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng (theo danh mục quy định của Bộ Y tế) trong thời gian điều trị tại cơ sở KCB;

b) Xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng;

c) Thuốc, dịch truyền trong danh mục theo quy định của Bộ Y tế;

d) Máu và các chế phẩm của máu;

đ) Các phẫu thuật, thủ thuật;

e) Khám thai và sinh đẻ;

g) Sử dụng vật tư, thiết bị y tế và giường bệnh;

h) Chi phí vận chuyển trong trường hợp phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế đối với người nghèo, người thuộc diện chính sách xã hội (quy định tại khoản 6, 7, 10, 11 và 12 Mục I Phần I Thông tư này), người sinh sống hoặc công tác ở khu vực I, khu vực II khu vực III theo phân định khu vực của Ủy ban Dân tộc trên cơ sở các tiêu chí quy định tại Thông tư số 41/UB-TT ngày 08/01/1996 của Ủy ban Dân tộc và Miền núi (nay là Ủy ban Dân tộc).

2. Người có thẻ BHYT bắt buộc khi KCB tại cơ sở đăng ký KCB ban đầu và ở cơ sở KCB BHYT khác theo giới thiệu chuyển viện phù hợp với tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế hoặc trong những trường hợp cấp cứu tại các cơ sở KCB BHYT, được cơ quan BHXH thanh toán chi phí KCB theo giá viện phí hiện hành của nhà nước.

3. Người có thẻ BHYT khi sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn:

3.1. Được Quỹ BHYT thanh toán 100% chi phí của dịch vụ kỹ thuật cao có mức phí dưới 7.000.000 đồng (bảy triệu).

3.2. Đối với dịch vụ kỹ thuật cao có mức phí từ 7.000.000 đồng (bảy triệu) trở lên được thanh toán như sau:

a) Đối với đối tượng là người hoạt động cách mạng trước tháng 8 năm 1945, Bà mẹ Việt Nam anh hùng, thương binh, bệnh binh và người hưởng chính sách như thương binh bị mất sức lao động từ 81% trở lên, người cao tuổi từ 90 tuổi trở lên: Quỹ BHYT thanh toán 100% chi phí của dịch vụ.

b) Đối với người có công với cách mạng đang hưởng trợ cấp hàng tháng (trừ đối tượng quy định tại tiết (a) nêu trên); người tham gia kháng chiến và con đẻ của họ bị nhiễm chất độc hóa học do Mỹ sử dụng trong chiến tranh ở Việt Nam đang hưởng trợ cấp hàng tháng; người cao tuổi tàn tật không nơi nương tựa; người đang hưởng lương hưu, hưởng trợ cấp BHXH hàng tháng và các đối tượng bảo trợ xã hội được hưởng trợ cấp hàng tháng; người được hưởng chế độ KCB cho người nghèo: Quỹ BHYT thanh toán 100% chi phí của dịch vụ nhưng tối đa không quá 20.000.000 đồng (hai mươi triệu) cho một lần sử dụng dịch vụ đó.

c) Các đối tượng còn lại: Quỹ BHYT thanh toán 60% chi phí nhưng mức thanh toán tối đa không quá 20.000.000 đồng cho một lần sử dụng dịch vụ đó, phần còn lại do người bệnh BHYT tự thanh toán cho cơ sở KCB. Trường hợp 60% chi phí thấp hơn 7.000.000 (bảy triệu) đồng thì quỹ BHYT thanh toán bằng 7.000.000 (bảy triệu) đồng.

Ví dụ: Người bệnh BHYT Nguyễn Văn

A có sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao có mức phí là 10.000.000 đồng. Theo quy định tại điểm (c) này thì bệnh nhân A được Quỹ BHYT thanh toán $60\% \times 10.000.000 \text{ đồng} = 6.000.000 \text{ đồng}$. Mức này thấp hơn 7.000.000 đồng, do vậy bệnh nhân A được Quỹ BHYT thanh toán bằng 7.000.000 đồng. Phần còn lại 3.000.000 đồng do bệnh nhân A tự thanh toán với bệnh viện.

3.3. Bộ Y tế ban hành Danh mục dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn sau khi thống nhất với Bộ Tài chính để cơ quan BHXH có căn cứ thanh toán với các cơ sở KCB.

4. Chi phí vận chuyển người bệnh theo quy định tại điểm (h), khoản 1, Mục I Phần II Thông tư này được thanh toán như sau:

a) Trường hợp vận chuyển người bệnh bằng phương tiện của cơ sở KCB, cơ quan BHXH sẽ thanh toán chi phí vận chuyển cho cơ sở KCB với mức thanh toán không quá 0,2 lít xăng/km vận chuyển (cho cả lượt đi và về) theo giá hiện hành tại thời điểm sử dụng. Nếu có nhiều hơn một người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán cũng chỉ được tính như đối với vận chuyển một người bệnh.

b) Trường hợp người bệnh không sử dụng phương tiện của cơ sở KCB, cơ sở KCB nơi giới thiệu người bệnh chuyển tuyến thanh toán cho người bệnh với định mức 30.000 đồng/100 km (cho một lượt đi).

5. Người có thẻ BHYT bắt buộc khi KCB theo yêu cầu riêng:

a) Người có thẻ BHYT KCB đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật nhưng tự chọn thầy thuốc, tự chọn buồng bệnh, tự chọn các dịch vụ y tế thì được quỹ BHYT thanh toán chi phí theo mức giá viện phí hiện hành của Nhà nước áp dụng cho cơ sở KCB đó. Người bệnh tự chi trả phần chênh lệch giữa giá dịch vụ theo yêu cầu và giá viện phí do nhà nước quy định. Trường hợp người bệnh BHYT yêu cầu sử dụng các dịch vụ ngoài chỉ định chuyên môn thì người bệnh tự chi trả chi phí của các dịch vụ đó.

b) Người có thẻ BHYT tự đi KCB vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế, KCB tại các cơ sở KCB không có hợp đồng với cơ quan BHXH thì được cơ quan BHXH thanh toán theo chi phí thực tế nhưng tối đa không vượt quá mức chi phí bình quân đối với mỗi loại hình KCB của tuyến chuyên môn kỹ thuật phù hợp (theo quy định tại Phụ lục ban hành kèm Thông tư này). Trường hợp đi KCB ở nước ngoài thì được cơ quan BHXH thanh toán theo mức chi phí bình quân của các bệnh viện tuyến trung ương trên địa bàn Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh.

6. Người có thẻ BHYT bắt buộc khi KCB tại nơi đăng ký KCB ban đầu là cơ sở KCB ngoài công lập có hợp đồng KCB BHYT, được cơ quan BHXH thanh toán

chi phí theo giá viện phí của các dịch vụ y tế tại cơ sở KCB nhà nước ở tuyến chuyên môn kỹ thuật phù hợp. Người bệnh tự thanh toán với cơ sở KCB phần chênh lệch (nếu có) giữa mức thu viện phí của cơ sở KCB ngoài công lập với mức phí mà cơ quan BHXH đã thỏa thuận thanh toán.

II. CÁC TRƯỜNG HỢP KHÔNG ĐƯỢC HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM Y TẾ

Cơ quan BHXH không thanh toán chi phí KCB trong các trường hợp sau:

1. Điều trị bệnh phong;
2. Thuốc đặc hiệu điều trị các bệnh: lao, sốt rét, tâm thần phân liệt, động kinh và các bệnh khác nếu đã được ngân sách nhà nước chi trả thông qua các chương trình y tế quốc gia, các dự án hay các nguồn kinh phí khác;
3. Chẩn đoán, điều trị nhiễm HIV/AIDS (trừ các xét nghiệm HIV đối với các trường hợp phải làm theo chỉ định chuyên môn và các đối tượng được quy định tại Quyết định số 265/2003/QĐ-TTg ngày 16 tháng 12 năm 2003 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV/AIDS do tai nạn rủi ro nghề nghiệp); bệnh lậu, bệnh giang mai;
4. Tiêm chủng phòng bệnh; điều dưỡng,

an dưỡng; xét nghiệm và chẩn đoán thai sớm; khám sức khỏe, kể cả khám sức khỏe định kỳ, khám tuyển lao động, tuyển sinh, tuyển nghĩa vụ quân sự; thực hiện các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình và điều trị vô sinh;

5. Chỉnh hình thẩm mỹ và tạo hình thẩm mỹ, làm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính;

6. Điều trị các bệnh đã được xác định là bệnh nghề nghiệp; tai nạn lao động (tai nạn trong giờ làm việc, tại nơi làm việc kể cả làm việc ngoài giờ do yêu cầu của người sử dụng lao động; tai nạn ngoài nơi làm việc khi thực hiện công việc theo yêu cầu của người sử dụng lao động; tai nạn trên tuyến đường đi và về từ nơi ở đến nơi làm việc); tai nạn chiến tranh; tai nạn do thiên tai;

7. Điều trị các trường hợp tự tử, cố ý gây thương tích, nghiện chất ma túy, hay do thực hiện các hành vi vi phạm pháp luật;

8. Các chi phí trong giám định y khoa; giám định y pháp; giám định y pháp tâm thần;

9. Các trường hợp KCB, phục hồi chức năng và sinh đẻ tại nhà;

10. Sử dụng các loại thuốc ngoài danh mục quy định, thuốc theo yêu cầu riêng của người bệnh; sử dụng các phương pháp chữa bệnh chưa được phép của Bộ

Y tế; các trường hợp tham gia nghiên cứu, thử nghiệm lâm sàng.

Phần III

QUẢN LÝ, SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

I. QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

1. Quỹ bảo hiểm y tế được hình thành từ các nguồn sau:

a) Tiền đóng phí BHYT do ngân sách nhà nước, người sử dụng lao động, người tham gia BHYT đóng theo quy định;

b) Ngân sách Nhà nước cấp để mua thẻ BHYT cho các đối tượng theo mức quy định;

c) Các khoản thu từ nguồn tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước;

d) Các khoản hỗ trợ khác của Nhà nước và các khoản thu hợp pháp khác (nếu có).

đ) Tiền sinh lời do thực hiện các biện pháp hợp pháp nhằm bảo toàn và tăng trưởng Quỹ BHYT;

2. Quỹ BHYT là quỹ thành phần của quỹ BHXH, được quản lý tập trung, thống nhất, dân chủ và công khai theo quy chế quản lý tài chính hiện hành đối với BHXH Việt Nam.

Quỹ BHYT được sử dụng để thanh toán chi phí KCB, phục hồi chức năng cho người tham gia BHYT theo phạm vi quyền lợi được quy định.

Tiền tạm thời chưa sử dụng (nếu có) của Quỹ BHYT bắt buộc được huy động để thực hiện các biện pháp nhằm bảo toàn và tăng trưởng Quỹ theo quy định.

II. QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG QUỸ

1. Quản lý quỹ Bảo hiểm y tế

a) Số tiền đóng BHYT (điểm (a) và (b) khoản 1 Mục I Phần III) được phân bổ và sử dụng như sau:

- 95% lập Quỹ khám chữa bệnh;
- 5% lập Quỹ dự phòng khám chữa bệnh.

b) Số thu quy định tại điểm (c) và điểm (d) khoản 1 Mục I phần III (nếu có) sẽ được hạch toán vào Quỹ KCB.

c) Số thu quy định tại điểm (đ) khoản 1 Mục I Phần III được hạch toán vào Quỹ dự phòng KCB sau khi đã trích phần chi phí quản lý theo quy chế quản lý tài chính hiện hành đối với BHXH Việt Nam.

d) Quỹ KCB hàng năm không chi hết được chuyển vào Quỹ dự phòng KCB.

đ) Trường hợp chi phí KCB trong năm vượt quá khả năng thanh toán của Quỹ KCB thì được sử dụng Quỹ dự phòng

KCB để bổ sung. Trường hợp sử dụng hết Quỹ dự phòng thì được phép tạm ứng từ các nguồn quỹ còn dư khác của quỹ BHXH để đảm bảo chi trả đầy đủ, kịp thời các chế độ theo quy định về quản lý tài chính hiện hành đối với BHXH Việt Nam. Sau khi báo cáo quyết toán tài chính hàng năm được duyệt, Hội đồng quản lý BHXH Việt Nam phối hợp cùng liên Bộ, báo cáo và trình Thủ tướng Chính phủ phương án hoàn trả các quỹ BHXH.

2. Sử dụng Quỹ khám, chữa bệnh

Quỹ KCB BHYT được sử dụng để thanh toán chi phí KCB ngoại trú, nội trú tại nơi đăng ký KCB ban đầu và chi phí KCB của người có thẻ BHYT phải chuyển tuyến, KCB theo yêu cầu riêng và chi phí vận chuyển người bệnh.

3. Cân đối và điều tiết quỹ khám, chữa bệnh

a) Định kỳ sáu tháng, hàng năm, cơ quan BHXH cấp tỉnh, tổng hợp tình hình sử dụng quỹ KCB của các cơ sở KCB trên địa bàn. Trong trường hợp Quỹ KCB bị thâm hụt thì báo cáo BHXH Việt Nam để giải quyết.

b) Trong phạm vi nguồn Quỹ BHYT được sử dụng, BHXH Việt Nam thực hiện điều tiết Quỹ KCB, đảm bảo kinh phí cho các cơ quan BHXH tỉnh, thành phố thanh toán chi phí KCB BHYT với các cơ sở KCB.

Phần IV

TỔ CHỨC KHÁM, CHỮA BỆNH VÀ THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

I. TỔ CHỨC KHÁM, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

1. Cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Các cơ sở KCB công lập có đủ các tiêu chuẩn về chuyên môn kỹ thuật theo quy định được khám chữa bệnh cho người bệnh có thẻ BHYT bao gồm: Trạm y tế xã, phường, thị trấn (sau đây gọi chung là Trạm y tế xã), Trạm y tế (hoặc Phòng khám bệnh) của các cơ quan, doanh nghiệp; Phòng khám đa khoa khu vực; Nhà hộ sinh; Các bệnh viện và viện có giường bệnh.

b) Các cơ sở y tế ngoài công lập bao gồm: Phòng khám đa khoa, Phòng khám chuyên khoa, Nhà hộ sinh và Bệnh viện được ký hợp đồng KCB BHYT nếu có đủ các điều kiện về pháp lý và chấp thuận về mức phí và cơ chế thanh toán như đối với cơ sở KCB công lập.

2. Lựa chọn, đăng ký nơi khám, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám, chữa bệnh

a) Người có thẻ BHYT được lựa chọn một trong các cơ sở KCB ban đầu thuận lợi, gần nơi cư trú hoặc nơi công tác theo

hướng dẫn của cơ quan BHXH để được quản lý và KCB. Nơi đăng ký KCB ban đầu được ghi trên thẻ BHYT.

b) Người có thẻ BHYT có quyền đề nghị cơ quan BHXH thay đổi nơi đăng ký KCB ban đầu vào cuối mỗi quý.

c) Đối với những ngành nghề có tính chất đặc thù, người có thẻ BHYT thường xuyên phải di chuyển hay làm việc lưu động tại các địa phương khác nhau, cơ quan BHXH có trách nhiệm phối hợp với cơ quan quản lý người lao động và cơ sở KCB trên địa bàn để quy định cơ sở KCB và cách thức thanh toán chi phí KCB sao cho thuận tiện, đảm bảo quyền lợi cho người có thẻ BHYT.

d) Đối với dịch vụ thai sản: người có thẻ BHYT đăng ký khám, quản lý thai nghén và sinh đẻ tại Trạm y tế, Phòng khám đa khoa hoặc Nhà hộ sinh; bệnh viện huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh; bệnh viện tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

đ) Khi tình trạng bệnh lý của người có thẻ BHYT vượt quá khả năng chuyên môn kỹ thuật của cơ sở KCB, người bệnh được chuyển tuyến điều trị theo quy định của Bộ Y tế.

e) Trong trường hợp cấp cứu, người có thẻ BHYT được KCB tại bất kỳ cơ sở KCB BHYT trên lãnh thổ Việt Nam (bao gồm cả cơ sở KCB công lập và ngoài công lập) và được hưởng đầy đủ chế độ BHYT.

3. Thủ tục cần thiết khi khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế

a) Khi KCB tại cơ sở đăng ký KCB ban đầu, người có thẻ BHYT phải xuất trình thẻ BHYT còn giá trị sử dụng và một giấy tờ tùy thân có ảnh.

b) Đối với trường hợp khám lại theo hẹn của bác sỹ, người có thẻ BHYT phải xuất trình các giấy tờ như quy định tại điểm (a) nêu trên và giấy ra viện có hẹn khám lại hoặc giấy hẹn khám lại của cơ sở KCB (hoặc được ghi trong Sổ khám chữa bệnh) theo quy chế bệnh viện do Bộ Y tế quy định.

c) Đối với trường hợp chuyển viện: người có thẻ BHYT phải xuất trình các giấy tờ như quy định tại điểm (a) nêu trên và hồ sơ chuyển viện theo quy định (gồm Giấy giới thiệu chuyển viện và Tóm tắt hồ sơ bệnh án của cơ sở KCB nơi người bệnh đã được điều trị).

d) Người bệnh phải xuất trình ngay thẻ BHYT và các giấy tờ cần thiết theo quy định trên khi KCB. Nếu trình thẻ muộn thì chỉ được hưởng quyền lợi BHYT kể từ ngày trình thẻ BHYT. Người bệnh phải tự trả cho cơ sở KCB các khoản chi phí KCB trong những ngày trước khi trình thẻ và được cơ quan BHXH thanh toán lại như đối với các trường hợp KCB theo yêu cầu riêng. Đối với các trường hợp cấp cứu hoặc hôn mê không có thân nhân đi cùng, thì người bệnh phải trình thẻ BHYT trước khi ra viện để được hưởng quyền lợi BHYT.

4. Tổ chức khám, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế

Cơ sở KCB BHYT có trách nhiệm tổ chức KCB cho người có thẻ BHYT theo hợp đồng đã được ký kết với cơ quan BHXH nhằm đảm bảo tốt quyền lợi cho người tham gia BHYT, cụ thể:

a) Tổ chức tiếp đón và hướng dẫn người có thẻ BHYT khi đến KCB.

b) Kiểm tra, quản lý thẻ BHYT và giấy chuyển viện (nếu là người bệnh chuyển viện) ngay khi người bệnh đến KCB. Trong thời gian người bệnh có thẻ BHYT điều trị nội trú, cơ sở KCB thực hiện quản lý thẻ của người bệnh và trả lại thẻ khi người bệnh ra viện hoặc chuyển viện.

c) Trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn thì cơ sở KCB có trách nhiệm chuyển viện theo đúng quy định về tuyến chuyên môn kỹ thuật và quy định về quy chế, thủ tục chuyển viện của Bộ Y tế.

d) Cơ sở KCB đảm bảo thực hiện tốt công tác KCB cho người bệnh, chỉ định làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng và các kỹ thuật chuyên môn cần thiết đảm bảo hợp lý, an toàn theo đúng quy định.

đ) Chỉ định dùng thuốc, cấp phát thuốc cho người bệnh, cả nội trú và ngoại trú theo Danh mục thuốc do Bộ Y tế quy định, không kê đơn để người bệnh tự mua. Nếu kê đơn thuốc theo yêu cầu của

người bệnh thì phải ghi rõ “Kê đơn theo yêu cầu của người bệnh” để làm cơ sở thanh toán BHYT.

e) Cơ sở KCB, căn cứ vào phạm vi chuyên môn kỹ thuật có trách nhiệm đảm bảo cung ứng đủ thuốc, máu, dịch truyền, hóa chất, vật tư y tế... phục vụ công tác khám chữa bệnh và tạo thuận lợi cho người bệnh và thanh toán giữa cơ sở KCB và cơ quan BHXH.

g) Khi tiếp nhận người bệnh từ nơi khác chuyển đến, nếu xét thấy không cần điều trị nội trú, cơ sở KCB (nơi tiếp nhận) có trách nhiệm cấp phát thuốc điều trị ngoại trú hoặc cho chỉ dẫn điều trị và chuyển người bệnh về điều trị ở tuyến chuyên môn kỹ thuật phù hợp, không kê đơn thuốc để người bệnh tự mua.

h) Phối hợp với cán bộ cơ quan BHXH thường trực tại cơ sở KCB để giải thích về chế độ BHYT và giải quyết những khiếu nại liên quan đến quyền lợi của người có thẻ BHYT.

i) Thực hiện nghiêm túc việc thống kê chi phí của các dịch vụ y tế mà người bệnh BHYT đã sử dụng, ghi chép đầy đủ, chính xác các thông tin liên quan trong quá trình KCB để làm cơ sở thanh toán với cơ quan BHXH.

k) Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và cơ quan quản lý y tế thuộc các Bộ, ngành khác có trách nhiệm chỉ đạo các cơ sở KCB trực thuộc

tổ chức thực hiện tốt công tác KCB BHYT theo đúng quy định, quản lý công tác chuyên môn đảm bảo cho việc thực hiện chỉ định chuyên môn trong KCB có hiệu quả, hợp lý, an toàn; đồng thời giải quyết theo thẩm quyền các sai phạm của cơ sở KCB trực thuộc trong việc thực hiện KCB cho người có thẻ BHYT.

II. CÁC HÌNH THỨC THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

1. Thanh toán giữa cơ quan Bảo hiểm xã hội với cơ sở khám, chữa bệnh

Cơ quan BHXH thanh toán chi phí KCB với cơ sở KCB trên cơ sở hợp đồng KCB BHYT đối với các trường hợp KCB đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật hoặc trong trường hợp cấp cứu, theo hình thức thanh toán theo phí dịch vụ hoặc thanh toán theo định suất. Cơ sở KCB lựa chọn hình thức thanh toán phù hợp để ký hợp đồng với cơ quan BHXH.

1.1. Thanh toán theo phí dịch vụ

a) Nguyên tắc và nội dung thanh toán

- Thanh toán theo phí dịch vụ là hình thức thanh toán dựa trên chi phí của các dịch vụ y tế mà người bệnh BHYT sử dụng. Chi phí về thuốc, vật tư tiêu hao y tế, dịch truyền được thanh toán theo giá mua vào của cơ sở KCB; chi phí về máu,

chế phẩm máu được thanh toán theo giá quy định. Chi phí các dịch vụ y tế khác dựa trên Bảng giá viện phí áp dụng tại cơ sở KCB do cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định về thu viện phí.

- Mức phí KCB tại Trạm y tế xã do Chủ tịch UBND tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương quy định tạm thời dựa trên Khung giá viện phí áp dụng cho bệnh viện tuyến huyện do liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính quy định.

- Đối với các cơ sở KCB ngoài công lập có ký hợp đồng KCB BHYT thì áp dụng Bảng giá của cơ sở công lập tương đương với tuyến chuyên môn.

b) Phương thức thanh toán

- Đối với các cơ sở KCB BHYT (nơi người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu) có thực hiện KCB ngoại trú và nội trú: cơ sở KCB được sử dụng 90% quỹ KCB (tính trên tổng số thẻ đăng ký theo mức phí BHYT bình quân của tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương) để chi trả chi phí KCB ngoại trú, nội trú và chi phí vận chuyển cho người bệnh có thẻ BHYT đăng ký KCB tại cơ sở đó và chi phí KCB tại các cơ sở khác trong trường hợp người bệnh được chuyển tuyến, cấp cứu hay KCB theo yêu cầu riêng.

- Đối với cơ sở KCB BHYT (nơi người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu) chỉ thực hiện KCB ngoại trú: cơ sở KCB được sử dụng 45% quỹ KCB tính trên tổng số

thẻ đăng ký theo mức phí BHYT bình quân của tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương để chi trả chi phí KCB ngoại trú tại cơ sở KCB đã đăng ký; chi phí KCB ngoại trú tại các cơ sở KCB khác trong các trường hợp người bệnh được chuyển tuyến, cấp cứu, KCB theo yêu cầu riêng và chi phí vận chuyển nếu có chuyển viện. Phần quỹ KCB còn lại cơ quan BHXH dùng để thanh toán chi phí KCB nội trú tại cơ sở KCB khác nơi người bệnh được điều trị nội trú.

- Đối với Trạm y tế xã: cơ quan BHXH ký hợp đồng với bệnh viện đa khoa huyện (hoặc cơ sở KCB được Sở Y tế giao nhiệm vụ KCB cho nhân dân trên địa bàn quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh trong trường hợp không có bệnh viện huyện) để tổ chức KCB cho người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại Trạm y tế xã.

Trong phạm vi quỹ KCB BHYT được giao, Bệnh viện huyện (hoặc cơ sở KCB được giao nhiệm vụ) có trách nhiệm mua thuốc, vật tư y tế tiêu hao cấp cho Trạm y tế xã và chi trả các dịch vụ kỹ thuật do Trạm y tế xã thực hiện theo quy định.

- Cơ quan BHXH thực hiện thanh toán chi phí KCB của người có thẻ BHYT tại các cơ sở KCB BHYT khác và khấu trừ tương ứng vào nguồn kinh phí KCB BHYT được sử dụng của cơ sở KCB nơi người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu.

- Trường hợp chi phí KCB BHYT, kể cả chi phí KCB tại các cơ sở KCB khác, vượt quá nguồn quỹ KCB được sử dụng, cơ sở KCB được cơ quan BHXH cấp bù từ 10% quỹ KCB còn lại của cơ sở có thực hiện KCB ngoại trú, nội trú hoặc từ 5% của cơ sở chỉ thực hiện KCB ngoại trú.

- Trường hợp đã cấp bù mà vẫn còn thiếu do có ít số thẻ đăng ký KCB ban đầu, có nhiều người mắc bệnh nặng, bệnh mạn tính có chi phí KCB lớn hoặc do tính chất đặc biệt về đối tượng người bệnh của cơ sở KCB thì cơ quan BHXH có trách nhiệm cân đối quỹ BHYT để thanh toán kịp thời phần chi phí vượt, đảm bảo quyền lợi cho người bệnh và cơ sở KCB.

- Cơ quan BHXH có trách nhiệm ứng trước cho cơ sở KCB một khoản kinh phí tối thiểu bằng 80% số tiền chi cho KCB đã được quyết toán của Quý trước, khi quyết toán hai bên cân đối bù trừ và BHXH thực hiện việc tạm ứng tiếp cho Quý sau. Đến cuối năm, vào tháng 11, cơ quan BHXH có trách nhiệm tạm ứng trước kinh phí để cơ sở KCB chủ động mua thuốc, vật tư y tế tiêu hao phục vụ người bệnh năm sau.

1.2. Thanh toán theo định suất

a) Nguyên tắc

- Thanh toán theo định suất là hình thức cơ quan BHXH thanh toán với các cơ sở KCB dựa trên mức khoán (hay định

suất khoán) được tính cho mỗi người có thẻ BHYT (hay đầu thẻ BHYT) đăng ký tại cơ sở KCB trong một khoảng thời gian nhất định (một năm).

- Tổng quỹ khoán trong năm tối đa không vượt quá tổng quỹ được sử dụng để KCB của người có thẻ BHYT, cụ thể: không quá 90% quỹ KCB BHYT đối với cơ sở có thực hiện KCB ngoại trú và nội trú và không quá 45% đối với cơ sở chỉ KCB ngoại trú. Phần quỹ còn lại cơ quan BHXH sử dụng để điều tiết và điều chỉnh mức khoán khi cần thiết.

- Trên cơ sở tổng mức kinh phí khoán được xác định, cơ quan BHXH có trách nhiệm ứng trước kinh phí cho cơ sở KCB và thực hiện thanh quyết toán.

- Cơ sở KCB có trách nhiệm đảm bảo việc KCB cho số người có thẻ BHYT đăng ký trong khoảng thời gian được thỏa thuận mà không thu thêm bất kỳ một khoản chi phí nào thuộc phạm vi quyền lợi của người có thẻ BHYT được hưởng theo quy định.

- Cơ sở KCB phải đảm bảo trang trải toàn bộ chi phí KCB theo chế độ BHYT cho người có thẻ BHYT đăng ký KCB tại cơ sở đó, kể cả chi phí KCB của những người này ở tuyến khác.

- Cơ sở KCB chỉ được sử dụng nguồn quỹ khoán này cho việc đảm bảo chi phí KCB và nâng cao chất lượng KCB BHYT, không sử dụng vào mục đích khác.

- Trường hợp chi phí KCB thực tế lớn hơn quỹ khoán do các nguyên nhân khách quan như dịch bệnh, gia tăng các bệnh mãn tính... cơ quan BHXH xem xét, điều tiết hỗ trợ khoản thiếu hụt.

- Định suất khoán sẽ được điều chỉnh cho phù hợp khi có sự biến động về chi phí y tế, mức đóng BHYT, tính đặc thù về cơ cấu bệnh tật của các đối tượng có thẻ BHYT đăng ký tại mỗi cơ sở KCB.

b) Phương thức

- Xác định mức khoán: tổng kinh phí cơ quan BHXH thanh toán với cơ sở KCB (C) được xác định như sau:

$$C = M \times N \times k$$

Trong đó:

• M là định suất khoán tính trên đầu thẻ BHYT

• N là tổng số thẻ BHYT đăng ký KCB tại cơ sở đó trong năm

• k là hệ số điều chỉnh do biến động về chi phí KCB của năm sau so với năm trước. Hệ số k tạm thời được áp dụng là 1,1. Trong trường hợp có sự gia tăng đột biến về chi phí KCB, liên Bộ sẽ điều chỉnh hệ số k cho phù hợp.

- Tính định suất khoán (M): định suất khoán bình quân thẻ được xác định như sau:

$$M = M1 + M2 + M3$$

Trong đó:

• M1 là chi phí KCB ngoại trú bình quân/thẻ/năm;

• M2 là chi phí KCB nội trú bình quân/thẻ/năm;

• M3 là chi phí vận chuyển bình quân/thẻ/năm.

- Cơ sở để tính chi phí bình quân dựa vào chi phí của năm trước.

2. Thanh toán trực tiếp giữa cơ quan Bảo hiểm xã hội với người tham gia bảo hiểm y tế

a) Cơ quan BHXH thanh toán trực tiếp với người có thẻ BHYT trong các trường hợp sau:

- KCB tự vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế;

- KCB tại các cơ sở KCB không có hợp đồng với cơ quan BHXH;

- KCB ở nước ngoài.

b) Các trường hợp quy định tại điểm (a) khoản 2 trên đây, người bệnh tự thanh toán các chi phí KCB cho cơ sở KCB, đồng thời lưu giữ toàn bộ các chứng từ hợp lệ (đơn thuốc, sổ y bạ, hóa đơn mua thuốc, giấy ra viện, biên lai thu viện phí theo quy định của Bộ Tài chính và các chứng từ có liên quan khác) để làm cơ sở đề nghị cơ quan BHYT thanh toán lại một phần chi phí KCB theo quy định tại điểm (b) khoản 5 Mục I Phần II Thông tư này.

3. Phương thức thanh toán khác

Cơ quan BHXH và cơ sở KCB nghiên cứu và đề xuất các phương thức thanh toán khác như: chi trả theo chẩn đoán, theo ngày điều trị nội trú bình quân... trên cơ sở đảm bảo quyền lợi của người bệnh BHYT, quyền lợi của cơ sở KCB và khả năng an toàn của quỹ BHYT để trình BHXH Việt Nam xem xét và báo cáo liên Bộ Y tế, Tài chính quyết định.

4. Nguồn kinh phí do cơ quan BHXH thanh toán cho các cơ sở KCB BHYT là nguồn thu viện phí của đơn vị, được quản lý và sử dụng theo quy định hiện hành của Nhà nước.

Phần V

QUYỀN HẠN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH

I. ĐỐI VỚI CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI

1. Cấp phát thẻ BHYT đúng đối tượng, đúng thời hạn.
2. Hướng dẫn người có thẻ BHYT lựa chọn nơi đăng ký KCB ban đầu thuận tiện.
3. Ký hợp đồng và phối hợp thực hiện tốt hợp đồng với các cơ sở KCB hợp pháp để KCB cho người có thẻ BHYT.

4. Cung cấp các biểu mẫu, tài liệu hướng dẫn cơ sở KCB ghi chép, thống kê chi phí KCB của người bệnh có thẻ BHYT. Cung cấp số liệu có liên quan như: số thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu, mức phí BHYT bình quân của tỉnh, thành phố để xác định quỹ KCB BHYT của cơ sở KCB.

5. Phối hợp với cơ sở KCB kiểm tra các giấy tờ cần thiết mà người có thẻ BHYT cần xuất trình khi đến KCB và giải quyết những khiếu nại liên quan đến quyền lợi của người có thẻ BHYT khi đến KCB.

6. Được cơ sở KCB cung cấp hồ sơ bệnh án và các tài liệu có liên quan đến việc KCB và thanh toán chi phí KCB của người bệnh để giám định và kiểm tra nhằm đảm bảo quyền lợi cho người có thẻ BHYT và làm cơ sở thanh quyết toán với cơ sở KCB.

7. Từ chối thanh toán chi phí KCB không đúng quy định của Điều lệ BHYT và các quy định của Thông tư này hoặc không đúng với các điều khoản ghi trong hợp đồng KCB BHYT giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB; phát hiện các trường hợp lạm dụng thẻ BHYT, lạm dụng quỹ BHYT để giải quyết theo thẩm quyền.

8. Thực hiện việc tạm ứng, thanh quyết toán chi phí KCB của người có thẻ BHYT với cơ sở KCB một cách kịp thời, đúng quy định, đúng thời hạn. Hướng dẫn và thanh toán trực tiếp cho người bệnh có

thẻ BHYT tại cơ quan BHXH kịp thời, đúng quy định.

9. Cơ quan BHXH cấp tỉnh định kỳ hàng quý (hoặc sau mỗi kỳ quyết toán) chủ trì và phối hợp với Sở Y tế tổng hợp, đánh giá tình hình sử dụng quỹ KCB tại địa phương và việc đảm bảo quyền lợi của người có thẻ BHYT khi đi KCB tại các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh để báo cáo về Bảo hiểm xã hội Việt Nam và Bộ Y tế xem xét, giải quyết.

10. Cơ quan BHXH phối hợp với các cơ quan thông tin đại chúng đẩy mạnh công tác thông tin, tuyên truyền, phổ biến dưới nhiều hình thức về BHYT.

II. ĐỐI VỚI CƠ SỞ KHÁM, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

1. Chỉ định sử dụng thuốc, dịch truyền, máu và chế phẩm máu, vật phẩm sinh học, sử dụng vật tư tiêu hao, thực hiện thủ thuật, phẫu thuật, xét nghiệm và các dịch vụ y tế an toàn, hợp lý theo quy định về chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế. Thực hiện nghiêm túc quy chế chuyển viện.

2. Tạo điều kiện thuận lợi cho cán bộ cơ quan BHXH thường trực tại cơ sở để thực hiện công tác tuyên truyền, giải thích về BHYT, hướng dẫn người tham gia BHYT về quyền lợi, trách nhiệm và giải quyết những khiếu nại liên quan đến việc KCB của người có thẻ BHYT;

3. Cơ sở KCB có trách nhiệm tổ chức, theo dõi các hoạt động về KCB cho người có thẻ BHYT; thống kê và thu phân tự trả viện phí của người có thẻ BHYT, cấp biên lai thu viện phí theo quy định của Bộ Tài chính cho người bệnh.

4. Cơ sở KCB có trách nhiệm tổng hợp đầy đủ, chính xác, trung thực chi phí KCB cho người có thẻ BHYT để thanh quyết toán kịp thời với cơ quan BHXH.

Phần VI

TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Bộ Y tế có trách nhiệm ban hành, sửa đổi, bổ sung danh mục thuốc, danh mục vật tư tiêu hao y tế, danh mục dịch vụ kỹ thuật phục hồi chức năng và phân tuyến kỹ thuật trong KCB làm cơ sở thanh toán chi phí KCB BHYT.

2. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm:

a) Chỉ đạo, hướng dẫn triển khai và kiểm tra, đánh giá tình hình thực hiện chính sách BHYT trên phạm vi toàn quốc để báo cáo và đề xuất với các cơ quan có thẩm quyền giải quyết kịp thời;

b) Kiểm tra, giám sát người sử dụng lao động trong việc thực hiện trách nhiệm đóng BHYT theo đúng quy định, báo cáo cơ quan có thẩm quyền để giải quyết theo quy định của pháp luật.

c) Xây dựng kế hoạch hàng năm về khai thác BHYT gửi liên Bộ; thực hiện các quy định của pháp luật và yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền về chế độ thống kê, báo cáo hoạt động chuyên môn, báo cáo tài chính và thanh tra, kiểm tra.

3. Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương thực hiện trách nhiệm chỉ đạo, tổ chức triển khai, kiểm tra, thanh tra việc thực hiện các quy định về bảo hiểm y tế và giải quyết những vướng mắc trong thực hiện chính sách BHYT tại địa phương.

4. Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chỉ đạo các cơ sở KCB tổ chức thực hiện các chính sách đảm bảo việc KCB cho người có thẻ BHYT.

5. Bộ Quốc phòng, sau khi thống nhất với Bộ Y tế và Bộ Tài chính, trên nguyên tắc đảm bảo đầy đủ về quyền lợi và trách nhiệm theo Điều lệ Bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ, hướng dẫn quản lý, tổ chức thực hiện BHYT đối với cán bộ, công chức, viên chức, công nhân quốc phòng làm việc trong các cơ quan, đơn vị, doanh nghiệp

quân đội và đối với lao động hợp đồng làm việc trong các đơn vị hành chính quân sự, các doanh nghiệp quân đội đóng quân trên các địa bàn chiến lược.

Phần VII

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Thông tư này có hiệu lực thi hành sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo. Những quy định trước đây trái với quy định tại Thông tư này đều bãi bỏ.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn vướng mắc đề nghị phản ánh về liên Bộ để xem xét, giải quyết.

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Thứ trưởng

Nguyễn Thị Xuyên

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ TÀI CHÍNH

Thứ trưởng

Huỳnh Thị Nhân

PHỤ LỤC

**MỨC CHI PHÍ BÌNH QUÂN TẠI CÁC TUYẾN CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT
ÁP DỤNG THANH TOÁN TRỰC TIẾP CHO NGƯỜI CÓ THỂ
BẢO HIỂM Y TẾ KHÁM CHỮA BỆNH
THEO YÊU CẦU RIÊNG**

*(ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC
ngày 27 tháng 7 năm 2005)*

Loại hình khám, chữa bệnh	Tuyến chuyên môn kỹ thuật	Chi phí bình quân (đồng)
Ngoại trú (một lần khám bệnh và cấp thuốc)	Tuyến huyện hoặc tương đương	20.000
	Tuyến tỉnh hoặc tương đương	30.000
	Tuyến trung ương	80.000
Nội trú (một đợt điều trị nội trú)	Tuyến huyện hoặc tương đương	250.000
	Tuyến tỉnh hoặc tương đương	550.000
	Tuyến trung ương	900.000

Ghi chú: Đối với các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn thành phố Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, mức thanh toán cho các tuyến được tính bằng 1,2 lần mức quy định cho các tuyến tương đương.